FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE 240

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yves BOURHIS

Né à Le Faon (Finistère)

LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

chez le Nourrisson

Président : M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). — PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR BOURHIS

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Que j'unis dans une même affection.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE NANTES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

A Monsieur le Docteur GROSSE

Progesseur Suppléant a l'École de Médecine de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE

CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant de passer notre thèse inaugurale il nous tient à cœur de remercier ici, publiquement, tous ceux qui ont contribué à faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A notre mère d'abord, dont la sollicitude constante, et la tendresse sans bornes, ne reculât jamais devant les sacrifices pouvant nous procurer le moindre agrément.

MM. les professeurs de l'école de médecine de Nantes ; les Docteurs Malherbes, Guillemet, Olive, Rappin, Rouxeau, Poisson, Monnier, Vignard, Miraillé, Aubrey, Grosse, Jouon, Brelet, Castagnary, qui dirigèrent nos premiers pas dans l'étude de la médecine, et surent nous intéresser aux travaux de laboratoire complémentaires des études cliniques.

MM. les médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Nantes : les docteurs Malherbes, Ollive, Monnier, Castagnary, Brelet, Gourdet, Pasquerau, Rivet, Sourdille, qui pendant notre stage hospitalier nous apprirent à ai-

mer notre métier et à nous intéresser à nos malades.

Nous conservons le meilleur souvenir de notre internat à Saint-Nazaire, et qu'il nous soit permis de remercier les docteurs Diet, Dufrèche, Cado, Melloches, Chauvin, chirurgiens et médecins de l'hôpital, pour la part active qu'ils nous ont souvent permis dans leur service. Le docteur Brunswich, du Havre, spécialiste des maladies des yeux et de la gorge, dans le service duquel nous n'avons fait qu'un trop court séjour.

Nous remercions nos confrères nantais, les docteurs Villars et Bonamy, des intéressantes observations qu'ils nous ont procurées.

Que M. le professeur Grosse, qui nous a dirigé dans le choix de notre sujet, et nous a aidé dans nos recherches, reçoive nos remerciements.

Le docteur Bailleul, chef de clinique chirurgicale infantile à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a aidé de ses conseils et nous l'en remercions vivement.

Que M. le professeur Kirmisson, qui non seulement nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse, mais encore nous a donné des documents inappréciables, reçoive nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE Ier

La Hernie inguinale étranglée chez le nourrisson

Les hernies sont des affections fréquentes chez l'enfant, et lorsqu'elles n'existent pas à la naissance, elles surviennent souvent dans les premiers mois de la vie.

Ces hernies qui peuvent siéger à tous les orifices, sont susceptibles de s'étrangler, mais nous ne parlerons que de l'inguinale, la plus fréquente, laissant de côté les hernies diaphragmatiques, sortes de monstruosités, incompatibles avec la vie ; les hernies crurales épigastriques, et autres variétés également rares.

Il en sera de même de la hernie ombilicale dont l'étranglement est exceptionnel. « Ces hernies n'offrent pas de tendance à l'étranglement, dit M. le Prof. Kirmisson, tout au plus causent-elles quelques coliques et quelques troubles digestifs. »

Il n'existe que quelques cas connus et le tableau suivant nous dispense de tous commentaires.

Hernies inguinales étranglées....	205 cas.
Hernies ombilicales.....	14 cas.
Hernies crurales.....	4 cas.

Les hernies inguinales existent rarement à la naissance, mais elles se produisent souvent dans les semaines, ou les mois qui suivent.

Si à l'influence indiscutable de l'hérédité, prouvée par l'existence de véritables familles de hernieux, nous ajoutons que ces hernies se rencontrent souvent chez des enfants nés avant terme, élevés dans des conditions défectueuses au point de vue alimentaire et hygiénique : ou encore chez des sujets atteints de troubles digestifs, nous devons conclure avec le professeur Kirmisson, que les hernies des nouveaux-nés sont le plus souvent des hernies de faiblesse (1).

La cause de cette fréquence herniaire chez l'enfant doit sans doute être cherchée dans certaines dispositions congénitales.

Pour la hernie inguinale la persistance du canal vagino-péritonéal nous donne une première explication. Chez le garçon, vers le 9e mois de la vie intra-utérine ou dès le premier mois après la naissance, lorsque le testicule est descendu dans le scrotum, il est presque de règle que ce canal s'oblitère, et soit remplacé par un cordon de tissu fibreux ou conjonctif.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et ce diverticule peut persister après la naissance, et sans qu'on puisse

(1) Kirmisson. In précis de Chirurgie Infantile.

en connaître la cause, il présente souvent une prédominance à droite.

Féré, ayant examiné à ce point de vue 62 enfants, âgés de moins d'un mois, n'a trouvé 34 fois seulement ce conduit complètement oblitéré des deux côtés. (1)

A ces malformations congénitales nous devons ajouter la faiblesse des parois et les troubles de la nutrition.

Sur 386 enfants des deux sexes, plus de 200 avaient moins de deux ans au moment où on les a portés à la consultation des bandages, et 85 étaient dans un état déplorable de dénutrition. De ce nombre, 18 étaient arrivés au dernier degré de ce que Parot désignait par le terme d'athrepsie. Le fait banal, et qui est le caractéristique de ces hernies de l'enfance, c'est leur tendance à la guérison ; guérison spontanée survenant rapidement, sous la seule influence d'un bandage approprié. « Chez les enfants et les nouveaux-nés, dit M. Berger, les hernies congénitales, simples, peuvent et doivent guérir par le port régulier d'un bandage » (2).

Pour cet auteur, trois raisons expliquent cette guérison habituelle et rapide.

L'oblitération du canal vagino-péritonéal, aidée par le repos et le port du bandage.

L'accroissement rapide de la cavité abdominale ; et enfin, l'insertion de plus en plus élevée du mésentère.

Mais passé l'âge de 2 ans, on ne doit plus espérer de

(1) Féré. — Note sur l'étranglement herniaire des enfants à la mamelle. — Duplay et Reclus, Traité de chirurgie, tome VI.

(2) Berger : In traité de chirurgie Duplay et Reclus.

guérison ; la hernie tend à augmenter de plus en plus, et devient une cause de dénutrition, de cachexie, et ce qui est encore plus grave, elle peut provoquer des accidents d'étranglement.

Cet accident fréquent chez l'adulte, peu commun dans la seconde, n'est pas rare dans les premiers mois de la vie. Il s'observe même plus souvent que ne le soutiennent les anciens chirurgiens.

« Il est extraordinaire, dit Holmes, de voir combien il est peu fréquent que les hernies viennent à s'étrangler chez les enfants : à l'hôpital de Sick-Children, je ne sache pas que, durant 13 années qui se sont écoulées depuis la date de la fondation de cet établissement, il ait fallu pratiquer une opération nécessitée par un pareil accident ; Personnellement, j'ai été appelé à voir une ou deux fois des faits de ce genre ; mais dans chacun d'eux j'ai réussi à obtenir la réduction avec le recours de la glace ou du chloroforme. »

Il en a été de même pour Saint-Germain. Gosselin n'a jamais eu à intervenir dans des cas analogues. Guéniot n'a opéré qu'une hernie étranglée à l'hospice des enfants assistés.

Ce sont là, (qu'on nous permette l'expression) des « clichés » que l'on trouve dans beaucoup de livres ; et d'après eux on pourrait être tenté de considérer l'étranglement herniaire comme un accident rare et même exceptionnel, cependant il n'en est rien, et cette complication est encore relativement fréquente.

A notre avis, une des raisons qui ont pu faire croire

à la rareté de cet accident, c'est que dans beaucoup de statistiques, les auteurs englobent dans une même catégorie, tous les enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 15 ans.

Or l'étranglement assez fréquent dans les premiers mois de la vie, devient exceptionnel après l'âge de 5 ans.

« C'est surtout dans la première année, nous dit M. le « Prof. Kirmisson, par exemple dans les deux premières « années de la vie qu'on observe le plus de tremble- « ments (1) ».

A l'hôpital des Enfants-Malades ; Monsieur le Professeur Kirmisson, a obligeamment mis à notre disposition le cahier des opérations, pratiquées dans son service.

En compulsant cette importante statistique, nous avons pu nous rendre compte de l'évidence de ces faits.

Dans les Salles : Giraldès, Bafosse et Bouvier comprenant en tout 85 lits, et ne recevant que des malades de la seconde enfance, il n'a été fait aucune kélotomie pendant la période écoulée de 1904 à 1912.

Nous sommes également très heureux de rapporter ici, l'affirmation de M. le Professeur Kirmisson, qui nous a déclaré n'avoir eu à intervenir qu'une seule fois pour des cas analogues.

Par contre à la crèche chirurgicale, où ne sont admis que les tous petits enfants, il s'est présenté 41 nourris-

(1) Kirmisson. In précis de chirurgie infantile.

sons atteints d'étranglement herniaire, pendant 5 années écoulées de 1907 à 1912.

Si nous examinons ces observations, nous constatons :

4 étranglements pendant le 1er mois de la vie.
3 » » 2e »
4 » » 3e »
2 » » 4e »
2 » » 5e »
1 » » 6e »

Total : 16 cas.

2 étranglements pendant le 7e mois.
3 » » 8e »
0 » » 9e »
2 » » 10e »
1 » » 11e »
1 » » 12e »

Total : 9 cas.

Pendant le début de la 2e année, nous avons encore 9 hernies étranglées, mais à partir du 18e mois, ce chiffre tombe rapidement et nous ne constatons plus que 4 cas.

D'après cette statistique, nous voyons que l'étranglement est beaucoup plus fréquent dans le courant des 6 premiers mois de la vie, et que cette fréquence augmente à mesure qu'on se rapproche de la naissance.

Sur 128 observations recueillies par Tariel, 106 concernent des enfants au-dessous de 2 ans, et 78 de ces nourrissons étaient âgés de moins de 12 mois (1).

Dans sa thèse, Meyer publie un total de 105 cas, et

(1) Tariel. Thèse de Paris 1894.

nous constatons que 72 étranglements se sont produits dans le courant des 6 premiers mois (1).

Ces 72 cas se répartissent ainsi :

18 étranglements pendant le 1er mois de la vie.
17 » » 2e »
16 » « 3e »
9 » » 4e »
5 » » 5e »
7 » » 6e »

Dans sa statistique Schtulze nous apprend que sur 15 opérés, 7 avaient moins de 3 mois ; et le plus jeune de ses malades avait 14 jours.

Dans le « Bristish Medical Journal », Carmichaël nous rapporte que sur 6 hernies étranglées, il a constaté 5 cas chez des enfants âgés de moins de 12 mois (2).

Petitjean, dans sa thèse parue en 1899, arrive à des résultats analogues et constate également un même maximum dans les trois premiers mois de la vie.

15 cas de hernies étranglées pendant le 1er mois
17 — — — 2e —
9 — — — 3e —
5 — — — 4e —
5 — — — 5e —
8 — — — 6e —

Total : 59 cas.

(2) Meyer. Thèse de Gœttingue.
(1) Carmichaël, Bristish Medical Journal.

5 cas de hernies étranglées pendant le 7e mois
3 — — — 8e —
8 — — — 9e —
2 — — — 10e —
1 — — — 11e —
3 — — — 12e —

Total : 22 cas.

Au delà du 12e mois la hernie diminue d'une façon rapide.

A l'Hôtel-Dieu de Nantes, pendant la période écoulée de 1910 à 1912, il a été fait 4 kélotomies chez des enfants âgés de moins de 12 mois.

Parmi nos observations, deux concernent des enfants de 24 et 25 jours ; deux autres, où il est question de nourrissons ayant environ 3 mois, enfin une dernière ou le bébé avait 6 semaines.

L'étranglement herniaire chez le nourrisson, qui d'après la statistique de M. le Professeur Kirmisson atteint une proportion de 39 o/o est donc une complication assez fréquente, et nous sommes loin du pourcentage de 4 o/o donné par M. Félizet (1).

(1) Félizet. Hernies inguinales de l'enfance.

CHAPITRE II

Mécanisme de l'étranglement

L'étranglement des entérocèles et des entéro-épiplocèles, dit Gosselin, est la constriction, plus ou moins forte de l'intestin dans un trajet herniaire ; constriction qui gêne le cours de la circulation sanguine, arrête le cours des matières intestinales, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction, et semble menacer si elle persiste, de se terminer par une perforation ou un gangrène ».

Longtemps obscur, le mécanisme de cet étranglement, devait préoccuper les auteurs, et nombreuses sont les théories destinées à l'expliquer.

Ces théories devenues classiques font intervenir tantôt des conditions mécaniques ; étranglement par suite de la striction due à l'anneau, ou au collet du sac ; par l'interposition du coin mésentérique ; par l'occlusion des valvules conniventes.

Mais à elles seules, elles ne peuvent tout expliquer ; et il faut tenir compte des phénomènes vitaux.

Tout d'abord l'arrêt de la circulation veineuse par suite de la striction, cependant que la circulation artérielle continuant, a pour conséquence de produire la turgescence de l'intestin et la transudation de sérosité.

D'autres conditions interviennent encore pour rendre l'étranglement plus serré : la première, c'est la douleur que ressent le malade : Douleur subite, intense, qui en produisant une contraction des muscles de l'abdomen, augmente la pression abdominale, et constitue un obstacle de plus à la rentrée des viscères herniés.

« Le rôle de cette douleur est manifeste surtout chez les enfants chez lesquels on connaît la rareté de l'étranglement herniaire vrai : la douleur produite par la hernie, provoque chez eux des cris, et par l'intermédiaire de ceux-ci l'intestin est vigoureusement refoulé dans le sac. Il suffit souvent chez ces jeunes sujets de pratiquer l'anesthésie pour voir, avec le calme général, la réduction redevenir possible, alors que quelques instants auparavant, la tension de la hernie pouvait faire croire à un étranglement serré (1). »

(1) Le Dentu et Delbet, traité de chirurgie.

CHAPITRE III

Causes de l'étranglement

Les causes déterminantes de l'« étranglement herniaire sont l'effort sous toutes ses formes : c'est dans l'âge adulte, l'effort considérable pour soulever ou porter un fardeau ; c'est à l'occasion d'une chute, d'un mouvement violent pour se retenir, que l'intestin chassé par la sangle abdominale viendra s'étrangler dans le trajet herniaire. »

Cependant cette théorie, bonne pour l'adulte, ne semble pas applicable au nourrisson. On peut, en effet, se demander comment l'effort « sous toutes ses formes » peut être cause de l'étranglement chez un enfant de trois mois couché dans son berceau et y dormant la plus grande partie du temps.

Certes chez lui le vomissement et l'acte de défécation sont loin de produire un effort abdominal aussi violent que celui causé par un adulte qui travaille.

Mais, chez beaucoup de nouveaux-nés, surtout chez ceux qui présentent des troubles digestifs, les cris sont continuels.

En outre, il ne faut pas oublier que la souplesse, le peu de résistance des anneaux inguinaux, la perméabilité du canal vagino-péritonéal permettent à la hernie de se produire et de s'étrangler sous le plus léger effort.

Ces cris ont un autre inconvénient : pour les calmer, la mère ou la nourrice, est souvent tentée de donner à l'enfant les quantités de lait qu'il réclame : et ces tétées mal réglées, amènent les vomissement, et les troubles intestinaux qui vont être une nouvelle cause d'efforts.

Ces conditions d'allaitement sont primordiales chez les enfants, surtout chez les débiles, arthéniques ou prématurés, chez lesquels la moindre infraction aux règles, provoque rapidement des troubles digestifs.

La gastro-entérite avec sa diarrhée, qui dans les formes graves, peut se chiffrer par 10, 15 et 20 selles par jour, est un autre facteur important, de l'étranglement, par suite des efforts intempestifs que fait l'enfant pour aller à la selle.

Mais cette forme aiguë peut devenir chronique, et nous arrivons à cet état de rachitisme, à ces enfants à gros ventre ballonné, flasque, et tympanique. Les muscles n'ont plus aucune force ; le surmenage intestinal a provoqué l'allongement de l'intestin dont les tuniques musculaires ont perdu toute tonicité.

De plus, très souvent ces enfants sont des tousseurs ; et les maladies des voies respiratoires sont peut-être

celles qui provoquent le plus de hernies, et causent le maximum d'étranglement.

Nous sommes donc dans les conditions les plus favorables à la production d'une hernie et à son étranglement, et avec M. Berger nous conclurons : « que certaines affections gastro-intestinales, particulièrement les diarrhées chroniques, prédisposent jusqu'à un certain point à l'étranglement » (1).

Agents de l'étranglement. — Chez l'adulte on incrimine tour à tour, l'anneau fibreux et le collet du sac ; tantôt même les deux rendus solidaires par suite des phénomènes d'adhérence.

En est-il de même chez l'enfant. Sur un relevé de 75 cas publiés dans sa thèse, Petitjean cite le collet du sac 56 fois comme agent de l'étranglement.

Nous avons vu combien ce sac était mince ; et le collet à peine plus épais a comme caractère d'être facilement extensible. Aussi M. Félizet pense que : « si le collet du sac est le siège des accidents il n'en est pas certainement l'agent ; ainsi qu'en témoignent sa souplesse et sa distensibilité » (2).

On peut en effet se demander comment cette partie si mince et facile à déchirer, peut produire des étranglements aussi serrés que ceux que l'on rencontre parfois.

De plus et le moindre effort, suffisant à le déchirer, devrait permettre la réduction de la hernie.

En outre dans certaines observations, on cite des cas

(1) Berger. Loc. citée.

(2) Félizet. Loc. citée.

d'étranglements opérés, et levés, sans ouverture du sac.

Dans certains cas cependant, le collet a pu produire l'étranglement, mais le plus souvent par suite de sa fragilité, il ne peut a lui seul produire cet accident.

« La rapidité de l'explosion, la violence des symptômes, et surtout la disparition rapide de l'étranglement par un processus réflexe ; tout cela nous porte à croire que c'est de la contraction des muscles petits, obliques et transverses sur la boutonnière de l'orifice inguinal interne, qui provient tout le mal. Nous voilà donc ramené dans le cadre des hernies infantiles bien entendu, à la vieille théorie de Saviard et Dionis, qui attribuaient l'étranglement aux anneaux naturels dont Riolan venait de faire la découverte. »

Dans un grand nombre de cas on ne peut nier l'action de la contracture des anneaux musculaires.

Le rôle joué par le spasme est important en médecine infantile, et nous le voyons intervenir, dans le spasme de la glotte et dans celui de l'invagination intestinale.

Dans ce dernier cas en particulier, par la contracture des tuniques musculaires de l'intestin, il produit l'étranglement intestinal, et ce mécanisme est un peu analogue à celui qui doit se produire dans l'étranglement herniaire du nourrisson.

D'ailleurs chez l'enfant, la facilité avec laquelle s'opère la réduction de la hernie étranglée, est une preuve de plus en faveur du spasme. En effet, sous l'influence d'un simple bain, par suite du relachement musculaire,

on voit rentrer une hernie qui semblait devoir demeurer irréductible.

Mais alors, comment expliquer certains insuccès du taxis, fait même sous chloroforme. Dans ces cas, l'anesthésie, avait été menée jusqu'au relachement musculaire complet, et cependant la hernie demeurait irréductible !

Cette objection nous indique qu'il peut exister d'autres agents d'étranglement, contre lesquels la kélotomie est nécessaire.

En outre, nous n'avons pas voulu soutenir que le spasme soit seul et toujours en cause.

Nous venons de voir l'action possible, mais sans doute rare, du collet du sac.

Dans sa thèse, Ramonède (1) insiste sur le rôle des brides fibreuses et des valvules découvertes par lui dans le canal vagino-péritonéal.

Chez l'adulte, il est admis, que ces diaphragmes, qui commencent l'oblitération du conduit, sont des causes fréquentes d'étranglement. Mais pour qu'ils puissent s'opposer au retour de l'intestin dans l'abdomen, il faut qu'ils possèdent une certaine rigidité ; et chez l'enfant c'est là une condition qui doit être rarement remplie.

Ramonède, d'ailleurs, cherchant les causes qui expliquent pourquoi les phénomènes ont pu se produire impunément, et un certain nombre de fois chez les enfants suppose : « Que les parois du canal vagino-péritonéal

---

[1] Ramonède. Loc. citée.

« n'ont pas toujours dans le jeune âge cette rigidité dont « l'idée semble inséparable de celle de l'étranglement. »

La théorie de M. Jaboulay l'invagination des parois de ce canal vagino-péritonéal, peut expliquer certains étranglements. Invagination qui intervient pour en diminuer le calibre. L'intestin, en descendant dans la hernie, entraine les parois du canal formant ainsi un sillon circulaire, sorte de valvule qui s'oppose ensuite à la réduction (1).

Dans une communication faite à l'académie de médecine, M. Auvray, a montré le rôle de ce diverticule comme agent de l'étranglement d'une hernie inguinale : « Je fus frappé, dit-il, par la présence au-dessus du collet du sac d'un diverticule, court, trapu, implanté, sur l'intestin, et dont la paroi épaissie présentait la même coloration que l'intestin étranglé. Ce diverticule, qui n'était autre que le diverticule de Méchel persistant, s'enfonçait à la façon d'un coin entre les bouts afférents et efférents de l'intestin d'une part et les parois correspondantes du sac d'autre part ». Et M. Auvray suppose que : ce diverticule descendu le premier dans le canal vagino-péritonéal aurait entraîné à sa suite la hernie, puis en remontant, serait venu s'interposer entre l'intestin et le sac à la façon d'un coin » (2).

Les ganglions mésentériques hypertrophiés que l'on

---

(1) Ledentu et Delbet. Extrait de chirurgie.

(2) Auvray.

peut rencontrer quelquefois chez des enfants débiles, peuvent jouer le même rôle, et le docteur Michel, de Nancy, cite une observation analogue d'étranglement herniaire par ces ganglions mésentériques (1).

(1) Michel.

CHAPITRE IV

Etude Anatomique de la Hernie inguinale étranglée

Dans les cas d'étranglement de la hernie inguinale, on peut parfois noter un certain état d'irritation, de rougeur de la peau, au niveau de la région inguino-scrotale. Mais ces lésions, le plus souvent consécutives à des manœuvres répétées ou trop énergiques de taxis, sont loin d'être constantes, et sont souvent sans importance.

Quand elles existent, si elles doivent attirer l'attention du médecin, c'est au point de vue diagnostic différentiel avec la lymphangite du scrotum, ou l'inflammation d'un ganglion inguinal.

Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le chirurgien rencontre une enveloppe excessivement mince et fragile, rénittente, tendue grâce à la présence d'une faible quantité de liquide sous-jacente. C'est le sac herniaire.

Il existe quelques observations dans lesquelles on a

constaté des sacs incomplets, ou absents, mais ce sont des exceptions. Nous ne connaissons que les 3 exemples cités par MM. Félizet (1), Estor (2), Van Heuverswyn (3). La plupart du temps le sac est constitué par le canal vagino-péritonéal. Ses dimensions sont variables, et dépendent de la largeur de l'anneau qui lui a livré passage. Sa structure est la même que toutes les séreuses, mais ce qu'il a de remarquable, c'est son extrême minceur, provenant de ce qu'il n'a pas encore eu le temps d'évoluer vers une membrane complète et ferme, comme celle que l'on trouve chez l'adulte (4).

« Le sac herniaire des petits enfants n'est jamais ferme et épais, il se présente sous la forme d'une membrane étalée, fine comme une toile d'araignée », comme une « pelure d'oignon », nous dit le docteur Grosse dans son observation.

A l'intérieur de ce sac, on peut trouver à peu près toutes les parties de l'intestin. Cependant jéjunum et iléon sont sans contredit celles que l'on rencontre le plus fréquemment.

Sur 104 observations on trouve 53 fois l'intestin grêle seul. Cette fréquence est d'ailleurs explicable par la grande mobilité de l'intestin, la facilité avec laquelle il se déplace sous les efforts les plus minimes ; enfin la longueur de son méso, qui lui permet de passer facilement à travers un anneau ouvert ou peu résistant.

(1) Félizet. Hernies inguinales de l'enfance, page 395.
(2) Estor. Revue de chirurgie, 1902.
(3) Van Heuverswing. Journal des sciences médicales de Lille, 1893.
(4) Karewski. Deutsche med. Wochenschrift, 1892.

La présence du cœcum seul, ou accompagné de son appendice est également fréquente, et dans la même statistique d'Estor nous la trouvons signalée 43 fois.

Ils se trouvaient également dans trois de nos observations.

Dans l'une d'elles, le Dr Gourdet pratiqua la résection de l'appendice.

L'observation 2, est encore plus curieuse. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche étranglée depuis quelques heures. L'enfant fut opéré d'urgence par le Dr Pasquereau, qui découvrit dans le sac herniaire, le cœcum accompagné de son appendice, tous deux absolument sains.

Nous avons cherché des cas analogues dans la littérature médicale, et nous en avons trouvé cinq : (l'un d'eux est republié à la suite de nos observations).

Comment ces organes, placés dans la partie droite de l'abdomen, peuvent-ils passer dans une hernie inguinale gauche ?

Chez l'enfant, à cet âge, le bassin n'existe pas à proprement parler, tout au moins comme cavité, et ne peut renfermer les organes qui plus tard doivent y prendre place. Par suite de dispositions congénitales, le péritoine n'entoure pas complètement le cœcum, aussi sa hernie par glissement est fréquente.

Dans un second groupe, distingué par Monsieur Tuffier, le cœcum est entouré de péritoine mais il possède des ligaments trop longs qui lui permettent de passer par les anneaux.

La situation du cœcum et de l'appendice peut nous donner une indication de plus : chez l'enfant, ils se trouvent placés au-dessus de l'épine iliaque, au niveau des anneaux herniaires. De plus ils sont peu volumineux.

Des adhérences entre l'appendice et le testicule, favorisent la production de la hernie au moment où ce dernier organe descend dans le canal vagino-péritonéal (cas de Le Dentu : un méso très court réunissait l'appendice et le testicule (1).

Les trompes et les ovaires sont signalés un certain nombre de fois.

La statistique anglaise de la Truss Society, donne un total de 115 hernies des organes génitaux internes chez des enfants au-dessous de 12 mois, pendant une période écoulée de 1886 à 1890.

Chez la petite fille, trompes et ovaires sont également placées hors du bassin, et leur hernie se fait grâce à la persistance du canal de Nücke ; et aussi quelquefois par suite d'adhérences entre l'intestin et les organes génitaux internes. Les symptômes de cet étranglement sont ceux de l'étranglement herniaire.

La présence de l'épiploon, considéré comme une rareté, une exception, existe parfois.

Dans l'une de nos observations le Docteur Sourdille signale sa présence dans le sac de la hernie.

Dans sa thèse Thariel cite plusieurs observations analogues.

---

(1) Le Dentu. Cliniques chirurgicales 1890-91.

Cependant ces cas ne sont pas très fréquents. L'épiploon du nourrisson ne possède pas encore la surcharge graisseuse que l'on rencontre chez l'adulte ; et cette donnée anatomique explique son peu de tendance à glisser dans une hernie.

Le diverticule de Meckel, qui représente les restes du canal omphalo-mésentrique, constitue une anomalie encore assez fréquente.

Mitchell, l'a rencontré 39 fois sur 1635 sujets, et Rolleston cité par Bunts signale sa présence dans 3,37 pour cent des cas.

Cette fréquence explique qu'on ait pu le rencontrer un certain nombre de fois dans les hernies, et qu'il ait même pu jouer un certain rôle dans l'étranglement.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de l'étranglement herniaire chez le nourrisson, diffèrent peu de ceux observés chez l'adulte.

La douleur subite survenue à l'occasion de l'étranglement provoque des cris incessants ; plus tard, par suite de l'arrêt des matières, les vomissements ne tardent pas à survenir.

Tantôt, l'étranglement se produit dans une hernie existant déjà précédemment et quelquefois maintenue par un bandage. Généralement dans ce cas, les parents informés par leur médecin, connaissent cette complication possible, et les cris, les vomissements de l'enfant, les amènent à examiner la hernie.

Tantôt au contraire, l'étranglement survient brusquement, d'emblée en même temps que la hernie, Les parents non avertis, essayent de calmer les cris de l'enfant, et attribuent les vomissements à une indigestion.

Ce n'est que plus tard en présence de la persistance de ces symptômes, qu'ils se décident à faire venir leur médecin,

De quoi peut-être atteint ce nourrisson ?

Les vomissements font penser à des troubles gastro-intestinaux. Aussi est-il nécessaire de faire un examen méthodique et complet du petit malade.

Au niveau de la région inguino-scrotale, le médecin constate la présence d'une tumeur de dimension variable, allant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf ; quelquefois même encore plus volumineuse, descendant dans le scrotum qu'elle distend ; tumeur, tendue, parfois douloureuse ; la palpation au niveau du collet, provoquant le redoublement des cris de l'enfant.

Dans certains cas, l'examen attentif permet de sentir le pédicule de la hernie s'enfonçant sous l'arcade de Falloppe et se continuant dans l'abdomen.

L'irréductibilité est un phénomène précoce de l'étranglement. Quand la hernie existait précédemment et était facile à réduire, les parents attirent l'attention du médecin sur ce symptôme.

L'absence d'expansion et d'impulsion au moment des cris et des efforts est encore un caractère en faveur de l'étranglement.

Les vomissements surviennent peu après le début de l'étranglement, d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux, inquiètent les parents par leur fréquence et leur intensité. Peu à peu ils changent d'aspect et deviennent fécaloïdes. Ils sont alors abondants, survenant sans nausées et sans efforts, rejet de liquide jaunâtre, présentant

l'apparence et l'odeur des matières fécales ; empêchant non seulement toute alimentation, mais encore toute ingestion de liquide, eau ou lait.

L'absence de selle ou d'émission de gaz est un autre symptôme des plus importants : par suite de l'étranglement, l'anneau constitue une barrière arrêtant le cours des matières et des gaz.

On peut observer des selles, témoin dans notre observation I ; l'enfant avait eu une abondante selle de matières jaunâtres, mal liées, selle très copieuse de matières non digérées. Ces faits ne sont pas rares, le malade évacuant la partie inférieure de son intestin.

On a également signalé la présence de sang dans ces selles, mais ces faits sont plus rares et ces hémorragies doivent parvenir des ruptures de capillaires, par suite de phénomènes congestifs au niveau des points étranglés.

L'anurie, dont a voulu faire un symptôme, n'est pas constante, et peut accompagner beaucoup d'autres maladies : quand elle existe elle est d'un fâcheux pronostic, et indique un étranglement grave.

En même temps que ces symptômes, et parallèlement à eux, évoluent les phénomènes généraux, qui prennent chez l'enfant une intensité que l'on observe rarement chez l'adulte. La température tombe à 36° et même au-dessous. Le pouls est fréquent, faible. Dès le début l'enfant est abattu, déprimé. Dans notre observation I, l'étranglement avait débuté dans la nuit, et dès 9 heures 1/2 du matin, le Dr Gosse constatait déjà des phénomè-

nes d'intoxication générale. L'enfant avait un aspect déprimé, le teint jaune avec cyanose des lèvres et des extrémités, tendance au refroidissement.

Dans l'observation 3, le Docteur Bonamy fait les mêmes constatations ; état général très mauvais, faciès grippé dénotant une intoxication rapide.

Si à ces phénomènes on ajoute le tremblement, les convulsions signalées également, dans l'observation du Docteur Grosse, on a sous les yeux, tous les symptômes de l'étranglement herniaire aïgu de l'adulte, appelé choléra herniaire par analogie avec cette autre maladie.

CHAPITRE VI

Evolution de la Hernie étranglée

Le fait caractéristique de ces étranglements herniaires du nourrisson, fait banal sur lequel les tous les auteurs sont d'accord, c'est facilité de leur réduction.

Par le taxis, sans le moindre effort, la hernie, qui était devenue douloureuse, et semblait vouloir demeurer irréductible, rentre brusquement, et tous les symptômes se terminent par une amélioration subite et rapide.

Mais le taxis même est souvent inutile et l'on peut voir parfois rentrer la hernie, sous la seule influence d'un bain très chaud donné avant l'opération.

Cette réductibilité obéit à des lois bizarres, et les préparatifs opératoires, (brossage et savonnage de la région) la faible pression du bistouri ont pu produire le même résultat.

Ces faits arrivés à plusieurs chirurgiens prouvent encore le rôle du spasme.

« De quoi est atteint ce nourrisson ? se demande le Dr Grosse ; d'une hernie étranglée, ou de phénomènes de gastro-entérite, chez un enfant porteur d'une hernie. Obs. 1. »

Mais si le diagnostic peut hésiter, il ne tarde généralement pas à s'imposer.

Les vomissements des enfants atteints de gastro-entérite, ne deviennent fécaloïdes que tout à fait exceptionnellement ; et ne sont pas violents au point d'empêcher toute injection, de lait ou d'eau.

La diarrhée, qui a été quelquefois observée dans l'étranglement herniaire, consiste en une ou deux selles jaunâtres, maillées : celle de la gastro-entérite, de coloration verdâtre, est remarquable par l'abondance pouvant aller jusqu'à 15 et 20 par vingt-quatre heures.

« La petitesse et la mobilité des parties, rendent l'examen incommode, le testicule dont la migration est parfois incomplète, la présence d'un kayste du cordon, peuvent encore multiplier les causes d'erreur » (Berger).

L'ectopie testiculaire, fréquente chez les enfants, peut présenter plusieurs variétés ; et celle qui nous intéresse le plus, est celle où le testicule, se trouve ectopié en position inguinale.

Dans son précis de chirurgie infantile, le professeur Kirmisson écrit : « Les hernies compliquant l'ectopie testiculaire peuvent être le siège d'étranglement, et on peut dans ces circonstances particulières, rencontrer des difficultés de diagnostic tenant à ce que le testicule en ectopié peut-être le point de départ d'accidents qui

en imposent pour un étranglement herniaire véritable ».

Cette ectopie peut en effet produire des phénomènes douloureux par suite d'étranglement produit par la striction de la glande au niveau du canal inguinal, et dans ce pseudo étranglement seul, le débridement de l'anneau peut amener la cessation de la douleur.

La torsion du canal spermatique est encore une autre complication possible de l'ectopie, survenant le plus souvent chez les jeunes enfants.

Ces phénomènes douloureux surviennent brusquement, à la suite d'un effort, et ils s'accompagnent de tous les troubles généraux caractéristiques des troubles abdominaux : vomissements, faciès grippé, altération des traits, faiblesse du pouls, refroidissement, tendance à la syncope.

Leur brusquerie et leur intensité font immédiatement penser à l'étranglement herniaire, d'autant plus que certaines complications locales viennent rendre le diagnostic encore plus difficile. Dans certains cas, en effet, le testicule se gonfle, l'irritation de la vaginale produit une sécrétion qui vient distendre cette enveloppe.

Quand les bourses ne sont qas œdématiées, il est possible de constater l'absence du testicule dans le scrotum. Les renseignements fournis par les parents sont importants, et d'après eux on peut apprendre que l'ectopie existait antérieurement. De plus la pression au niveau du testicule ectopié provoque toujours de la douleur.

Félizet prétend que : le ballonnement du ventre est

plutôt l'apanage de l'étranglement, tandis que s'il s'agit d'un accident testiculaire le ventre est rétracté ». Ce qui n'est pas toujours vrai ; lorsque les phénomènes abdominaux existent d'une façon intense, le ballonnement se rencontre par suite du péritonisme. D'ailleurs le ballonnement du ventre ne se rencontre guère que comme symptôme des étranglements anciens (1).

L'hydrocèle infantile due à l'irritation de la vaginale, et consécutive sans doute aux traumatismes de l'accouchement, ainsi que l'explique M. le Prof. Kirmisson, n'est généralement en communication avec l'abdomen que par un très petit orifice. Elle se présente dans ces cas sous la forme d'une tumeur à peu près irréductible, et quand, elle s'accompagne de troubles intestinaux, elle peut faire croire à un étranglement n'existant pas.

Dans ces cas encore, les renseignements des parents ont leur importance, car généralement, cette tumeur subit des variations de volume ; diminuant pendant la nuit, pour augmenter dans la journée sous l'influence des efforts de l'enfant.

L'inflammation du ganglion de Cloquet, a pu être prise pour une hernie étranglée. Son siège à la région inguino-scrotale : les frissons et la douleur provoqués par son inflammation, s'accompagnent de vomissements, d'arrêt des matières et d'absence d'émission de gaz. Symptômes communs à l'étranglement herniaire, et qui peuvent induire en erreur.

Cependant, dans ce cas, la palpation permet de re-

(1) Félizet. Loc. citée.

connaître que l'on a affaire à une petite tumeur superficielle, mobile sous la peau, ne se continuant pas un pédicule au-dessous de l'arcade de Fallope. Parfois, on peut encore découvrir sur le corps de l'enfant la petite plaie qui a servi de porte d'entrée à l'infection.

L'invagination intestinale, qui se produit également chez les « tous petits », et de préférence chez ceux qui présentent des phénomènes de gastro-entérite, peut faire errer le diagnostic par l'analogie de ces symptômes. Le début brusque, les selles sanglantes, puis l'arrêt des matières, l'absence d'émission de gaz s'accompagnent de vomissements verdâtres et de ballonnement du ventre.

Cependant dans ce cas, on peut constater l'absence de hernie ; en outre la palpation de l'abdomen montre la présence d'un boudin, et le toucher rectal permet de sentir le cylindre invaginé, qui même dans certains cas, peut sortir par l'anus.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic des accidents, dit M. Berger, est « rendu particulièrement difficile par la présence des « troubles des fonctions gastro-intestinales à cet âge ; « par les phénomènes généraux graves qui les accom- « pagnent : convulsions, refroidissement rapide, affai- « blissement, colapsus, et qui peuvent en imposer pour « des symptômes d'un étranglement. »

Les troubles intestinaux, fréquents chez le nourrisson, présentent une symptomatologie qui ressemble beaucoup à celle de l'étranglement herniaire.

Le principal symptôme, le vomissement, caractérise la gastro-entérite de cet âge : vomissements alimentaires, muqueux, puis bilieux.

La diarrhée n'est pas constante et peut être remplacée par la constipation, nouvelle cause d'erreur de diagnostic.

Dans notre observation 2, le docteur Pasquereau nous dit, qu'à l'incision de la peau, il entendait déjà un léger gargouillement, indice d'un commencement de rentrée de l'intestin.

Mais pour nombreux que soient ces faits, ils ne doivent pas attarder le chirurgien, et lui faire perdre un temps précieux car nombreuses, sont aussi les hernies qui résistent à tous ces moyens, et pour lesquelles la Kélotomie est l'unique remède.

En présence de la rapidité et de l'intensité des phénomènes généraux, on pourrait être tenté de croire à des lésions graves du côté de l'intestin hernié, et des chirurgiens non avertis, pourraient hésiter à opérer.

Cependant dans la plus grande partie des cas l'intestin est sain.

« Les lésions de l'anse intestinale étranglée sont loin de correspondre à la gravité des symptômes, quel que soit la durée de la crise, nous voyons même après 48 heures d'étranglement, alors que l'enfant n'a rendu par l'anus, ni gaz, ni matières, l'intestin ne peut présenter aucune des altérations profondes auxquelles on était en droit de s'attendre, et pouvoir être réduit en toute sécurité » (1).

C'est là une constatation fréquente qui doit tenir à plusieurs raisons.

Tout d'abord à ce que les chirurgiens opèrent immédiatement, se conformant à cette loi qui n'admet pas

(1) Félizet. Hern. Ing. de l'enfance.

d'exception : que tout étranglement doit être levé et le plus tôt possible.

En outre, chez le nourrisson les anneaux sont peu résistants, les brides du canal vagino-péritonéal n'ont pas encore acquis cette « rigidité dont l'idée semble inséparable de celle de l'étranglement ». Dans ce cas, ils peuvent difficilement produire ces coupures intestinales par arrêtes vives de Chassagnac.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'étranglement ne comporte pas toujours cette bégninité ; et on peut rencontrer diverses lésions du côté de l'intestin. Nous venons de voir qu'elles sont généralement rares, et cependant il faut savoir compter avec elles.

L'anse herniaire peut se présenter plus ou moins congestionnée. A l'endroit correspondant à l'étranglement on peut trouver une zône de stricture, au niveau de laquelle la séreuse intestinale, a perdu son dépoli, son aspect normal. (1)

Mais ce sont là des lésions relativement peu graves, et sous l'effet de lavages, avec du sérum physiologique assez chaud, on voit tous ces phénomènes rentrer dans l'ordre, et l'intestin reprendre son aspect normal.

Il est d'autres lésions plus graves. Des observations citent des cas, dans lesquels l'opération ou l'autopsie a montré des perforations et du sphacèle de l'intestin ; évolution fatale de toute hernie étranglée abandonnée trop longtemps à elle-même.

---

[1] Ramonède. Loc. citée.

Que ces phénomènes aient une marche plus lente que chez l'adulte, c'est un fait admis, et explicable par le peu de résistance des anneaux.

D'après les tableaux publiés par Estor, il semble que les étranglements du cœcum et de l'appendice soient plus fréquemment compliqués de gangrène. D'après lui la perforation serait survenue dans 5,6 o/o des cas.

C'est une proportion élevée, mais qui doit mettre les chirurgiens en garde contre la soi-disant bénignité de l'étranglement.

Parfois abandonnée à elle-même la hernie se termine par l'établissement d'une fistule stercorale. La peau rougit, puis s'ulcère, et un anus contre nature vient sauver l'enfant d'une mort certaine.

Terminaisons exceptionnelles, sur lesquelles il ne faut pas compter.

La perforation intestinale, permettant l'envahissement du péritoine, par les matières septiques venues de l'intestin, provoque une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

En même temps que ces accidents, et parallèlement à eux, évoluent d'autres complications non moins terribles pour l'enfant.

L'infection est rapide ; quelques heures à peine, après l'étranglement, l'enfant présente des phénomènes d'intoxication générale.

Les poisons contenus dans le tube digestif passent dans la circulation, et cette auto-intoxication amène rapidement des symptômes alarmants.

L'état général est mauvais, les yeux excavés entourés d'un cercle bistré, bleuâtre, le nez effilé ; toute la figure dénote une intoxication profonde, traduite par le faciès grippé, le faciès abdominal.

Les vomissements incessants amènent rapidement l'algidité, des convulsions, et parfois même des phénomènes de tétanie.

La température tombe à 36° et même au-dessous et on peut constater de la cyanose et du refroidissement des extrémités.

Cet état général met l'enfant en état de moindre résistance ; aussi les complications, dues aux infections secondaires, de son appareil digestif ou pulmonaire auront vite raison de lui.

La pneumonie, la broncho-pneumonie, interviennent pour diminuer les chances de succès de la kélotomie.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Chez le nourrisson le pronostic de l'étranglement herniaire est plus sérieux qu'on ne serait tenté de le croire.

La hernie abandonnée à elle-même aboutit nécessairement à une terminaison fatale. La perforation, la gangrène intestinale ne tardent pas à amener rapidement une péritonite mortelle.

Les cas, où la hernie s'est terminée, par l'établissement d'une anse contre nature, d'une fistule stercorale sont exceptionnels, et on n'en cite que quelques cas.

Lorsque le médecin est appelé à temps, peu après le début de l'étranglement le pronostic est plus favorable. Dans ce cas, en effet, un bain chaud, ou le taxis permettent souvent la réduction de la hernie.

Mais lorsqu'il s'agit d'un étranglement plus ancien, les faits ne se passent pas ainsi, et il faut avoir recours à la kélotomie.

Cette opération effrayait les anciens chirurgiens par la mortalité infantile qu'elle provoquait, aussi n'était-elle employée que comme dernière ressource.

Actuellement, elle n'inspire plus les mêmes appréhensions, et faites dans de bonnes conditions elle donne d'exellents résultats. Aussi les enfants qui meurent de leur étranglement ou de la péritonite consécutive sont relativement rares. D'autre part, toute hernie étranglée, et diagnostiquée, étant opérée dans les 24 heures, nous voyons rarement les accidents de perforations intestinales.

Lorsque l'enfant est vigoureux, bien portant, la moralité est relativement faible.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et dans le cas où la santé générale du nourrisson est mauvaise, ou même laisse à désirer, le pronostic devient défavorable.

Dans la statistique publiée par Estor, sur huit observations dans lesquelles était noté un mauvais état général, nous trouvons sept morts.

A quoi peut donc tenir cette mortalité effrayante de 87 pour 100.

Il faut en chercher la cause, moins dans le fait même de l'étranglement, que dans l'infection et l'intoxication générale qui en sont la conséquence.

Nous savons combien ces phénomènes sont rapides chez le nourrisson.

Peu d'heures après le debut de l'étranglement, l'enfant présente tous les symptômes de l'intoxication ai-

guë : cyanose, refroidissement des extrémités, pouls faible, altération des traits.

La déchéance rapide de son organisme, mettent le nourrisson en état de moindre résistance pour lutter contre les infections.

Dans l'une de nos observations (n° 2), l'enfant avait été précédemment soigné pour des phénomènes de gastro-entérite, était encore malade. Quand il arriva à la crèche chirurgicale il avait déjà une température à 39°. De plus à l'hôpital ces enfants privés de leur nourrice ou de leur mère subissent un changement brusque de nourriture non seulement comme qualité, mais souvent aussi comme quantité.

C'est donc un terrain tout préparé aux infections secondaires ; principalement aux pulmonaires, qui auront vite raison de ce sujet déjà fortement intoxiqué et incapable d'aucune réaction.

La pneumonie est fréquente, due quelquefois à l'introduction des parcelles alimentaires dans les voies respiratoires, elle évolue en quelques jours, à la suite de l'opération.

La broncho-pneumonie, souvent consécutive à la contagion en salle commune ; aussi chaque fois que ce sera possible, ces nourrissons opérés seront isolés dans des box, ou même de préférence renvoyés chez eux dès que leur état le permettra.

Ces malades succombent encore parfois à la congestion pulmonaire qui provient de la position couchée qu'ils doivent garder, faute de personnel assez nom-

breux, pour les lever, ou les tenir assis dans leur lit.

La diarrhée vient aggraver le pronostic ; elle survient après l'opération ou dans les jours qui suivent. L'intestin conserve quelque temps une certaine irritabilité ; aussi, l'alimentation qui se fait mal et la digestion difficile sont de nouvelles causes de dénutrition et d'affaiblissement.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Nous connaissons la facilité avec laquelle se réduit la hernie étranglée du nourrisson.

Sous l'influence de quelques moyens, tels que : compresses chaudes sur les bourses, un bain chaud donné à propos, on voit la hernie rentrer spontanément.

Le brossage et le savonnage de la région inguinale, avant l'opération, ont pu amener le même résultat.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le médecin appelé, après l'échec de ces divers moyens, doit avoir recours au taxis.

Il n'entre pas dans notre sujet de donner ici les règles de cette manœuvre. Employée depuis très longtemps, et très appréciée à l'époque où l'on redoutait la kélotomie, elle a donné des résultats indiscutables. Mais depuis l'introduction en chirurgie, des méthodes asepti-

ques, elle tend de plus en plus à être délaissée au profit de la cure radicale.

En tout cas quand le taxis sera pratiqué, ce sera avec douceur, et autant que possible peu de temps après le début de l'étranglement.

Etant donné le peu de résistance des anneaux, cette manœuvre donne chez le nourrisson, plus de succès que chez l'adulte. Mais il y a également des exceptions, et l'on peut voir échouer un taxis bien fait, selon toutes les règles et au bon moment, alors même que l'anesthésité au chloroforme était complète.

« Il est certain, dit Broca, que la hernie étranglée, chez l'enfant est facile à réduire, il ne s'en suit pas comme l'ont enseigné d'autres chirurgiens (Holmes, St-Germain-Lannelongue) que cet étranglement soit bénin et justiciable du seul taxis, sans jamais nécessiter la kélotomie. » (1).

Mais la taxis est passible d'autres reproches, fait d'une façon un peu vigoureuse, il peut traumatiser et produire la contusion de l'intestin d'autant plus facilement que cet organe, délicat chez le nourrisson, n'est pas protégé extérieurement par des enveloppes aussi épaisses que celles de l'adulte.

Un reproche plus grave encore, et qui à lui seul pourrait faire condamner le taxis, c'est qu'il peut produire des ruptures intestinales.

Ces faits sont évidemment rares, mais peuvent cependant se présenter, nous avons vu en effet com-

(1) Broca. Les cliniques de chirurgie infantile, tome II.

bien ces organes étaient fragiles chez l'enfant : le sac est mince, en toile d'araignée, facile à déchirer.

De plus le taxis est une méthode aveugle ; quand il est couronné de succès, il permet la rentrée dans l'abdomen d'une anse intestinale congestionnée ou même sphacélée.

Un des caractères de l'étranglement herniaire du nourrisson est la facilité avec laquelle il se reproduit après réduction.

« A cet âge, dit Broca, lorsqu'une fois une hernie s'est « étranglée, il est de règle que l'accident se reproduise « plus ou moins vite, mais d'ordinaire à brève échéance » (1).

Le taxis ne peut donc être qu'un traitement palliatif, destiné à remédier aux symptômes alarmants du début.

Pour être employé avec toutes les chances de succès, il devra être fait de façon modérée et peu de temps après le début de l'étranglement.

Mais le chirurgien ne devra pas s'attarder à cette manœuvre, qui peut lui faire perdre un temps précieux, d'autant plus qu'elle ne peut donner que des résultats temporaires.

Il semble donc qu'en présence d'un étranglement le chirurgien doive préférer la kélotomie qui tout en levant l'étranglement, permet la cure radicale de la hernie.

Cure radicale.

Tout étranglement herniaire doit être levé et cela le

(1) Broca. Locution citée.

plus tôt possible. C'est une loi qui n'admet pas d'exception et grâce à son application systématique les lésions intestinales sont devenues de plus en plus rares.

Chez l'enfant la technique opératoire diffère peu de celle employée chez l'adulte.

L'incision des tissus, sur une longueur de 4 à 6 centimètres, aura lieu parallèlement au canal inguinal, et sera prolongée dans les bourses suivant le cas.

A ce moment, lorsque l'aponévrose du grand oblique, mise à nue est fendue, le chirurgien rencontre le cordon.

C'est dans cet organe que se trouve le sac herniaire, reconnaisssable à sa coloration grisâtre, situé sous le crémaster et l'enveloppe fibreuse commune au cordon et au testicule. Dans les cas d'étranglement ce sac est très apparent, distendu par une faible quantité de liquide citrin, et parfois légèrement hémorragique, après les tentatives de taxis.

Par suite de sa fragilité la dissection de ce sac et sa libération d'avec les éléments du cordon est un temps délicat de l'opération.

Néanmoins elle devra être poussée très loin, au-dessus de l'artère épigastrique ; la ligature du collet devant être faite le plus haut possible.

L'intestin sera examiné avec le plus grand soin, et ne sera rentré que s'il n'existe aucune lésion, Dans tous les cas un lavage au sérum physiologique chaud, en amènera la décongestion.

Chez l'enfant, la réfection de la paroi est un temps important. La plupart du temps on peut se contenter de

faire la suture des piliers, à l'aide d'un ou de deux points de suture au catgut.

« C'est seulement quand la paroi offre une faiblesse particulière, et que l'orifice externe du canal inguinal est très large, que nous avono recours au procédé de Bassini, consistant à sectionner l'aponéorose du grand oblique, puis à terminer l'opération en faisant la suture du tendon conjoint, du petit oblique et du transverse à l'arcade crurale, de façon à reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal » (1).

L'opération terminée, on suture la peau par quelques points au crin de Florence.

(1) Kirmisson. — Précis de chirurgie infantile.

OBSERVATIONS

Observations résumées et recueillies dans le service de M. le professeur Kirmisson, à l'hôpital des Enfants-Malades :

B... Lucien, âgé de 11 mois, entré le 25 décembre 1905 pour hernie inguinale étranglée.

Après le bain, réduction de la hernie. Cependant l'étranglement menaçant de se renouveler, l'enfant est opéré et sort le 4 janvier 1906.

Br... Roger, 3 semaines, entré le 6 juillet 1906. Le bain n'amenant pas la réduction de la hernie l'enfant est opéré et sort le 10 juillet en bon état, pour être remis à sa nourrice.

Gr... Henri, 7 mois, entré le 27 juillet ; le bain n'amène pas la réduction de la hernie ; opéré le 27, sorti le 30 juillet sur la demande des parents.

V... René, 2 mois, rentré le 13 mars 1907, sorti le 14 avec prescription d'un bandage ; la hernie s'étant réduite dans le bain

Cl. Eugène, 8 mois, entré le 20 mars 1907 pour une hernie inguinale gauche étranglée qui se réduit dans le bain. Sorti le 2 avril sans être opéré.

L... Jean, 13 mois, entré le 9 juin 1907 ; sorti le 20 juin sans être opéré, la hernie s'étant réduite sous chloroforme.

B... Georges, 4 mois, entré le 26 juin 1907 pour hernie inguinale gauche étranglée ; opéré d'urgence le 26. Deux jours après le 28, l'enfant est opéré d'une hernie inguinale droite étranglée et meurt le 30 juin.

R... Henri, 8 mois, entré et opéré d'urgence le 12 juillet 1907, décédé le 17.

P... Lucien, 18 mois, entré le 16 septembre 1907. La hernie s'étant réduite dans le bain l'enfant sort le 27 sans être opéré.

G... Charles, 18 jours, entré et opéré d'urgence le 3 janvier, sorti le 16 janvier 1908.

R... Jean, 2 mois, entré le 17 avril 1908. La hernie est réduite sous chloroforme et l'enfant sort avec un bandage, le 18 avril.

R... Pierre, 20 mois, entré le 29 juin 1908. La hernie est réduite après le bain, l'enfant sort sans être opéré le 17 juillet.

Tr... Roger, 6 semaines, entré le 7 septembre 1908, pour une hernie inguinale étranglée qui est réduite sous chloroforme. Sorti le 13 septembre 1908.

T... Raymond, 4 mois, rentré le 16 septembre 1908. Réduction de la hernie après le bain.

F..., Gilbert, 8 mois, entré et opéré d'urgence le 27 décembre. Guérison.

G... Roger, 45 jours, entré le 9 janvier 1909, pour hernie étranglée qui est réduite sous chloroforme, sorti le 14 janvier.

Ch... Eugène, 3 mois, entré et opéré d'urgence le 10 janvier 1909, sorti le 21,

R... René, 2 ans 1/2 : rentré et opéré d'urgence le 7 février 1909. Guérison.

Br... Edmond, 3 mois, opéré d'urgence le 5 février 1909. Décédé le 6 février.

Ch... Henri, 7 mois, entré le 14 avril 1909 et opéré d'urgence. Contracte la scarlatine le 19 avril, et passe à l'isolement.

M... Marcel, 19 mois, la hernie est réduite après le bain, le 14 mai 1909 ; l'enfant sort le 16, sans être opéré.

P... Gilbert, 3 semaines, entré et opéré d'urgence le 14 juin 1909, sorti le 24 guéri.

V... Lucien, 15 mois, entre le 5 octobre 1909 ; la hernie est réduite sous chloroforme et l'enfant sort avec un bandage le 19 juin.

D. .. André, 10 mois, entré le 6 oct. 1909. La hernie se réduit après le bain, mais comme elle menace de s'étrangler à nouveau, l'enfant est opéré. Sorti le 21, guéri.

L.... Charles, 16 mois, entré le 15 octobre 1909. Réduction de la hernie sous chloroforme, l'enfant sort le 16 octobre.

F..., Raoul, 22 mois, entré le 26 novembre 1909 pour une hernie inguinale qui est réduite dans le bain. L'enfant sort le 2 décembre sans être opéré.

B.... Noël, 2 ans, entré le 7 mars 1910. Réduction de la hernie après le bain. L'enfant sort le 8 mars 1910.

B.... Maurice, 16 mois. Entré le 4 avril 1910 pour une hernie qui est réduite après le bain. Néanmoins l'enfant est opéré et sort sur la demande des parents, le 21 avril non guéri.

L.... Robert, 1 an 1/2, opéré d'urgence le 15 avril 1910 et sorti le 27 complètement guéri.

B... Antonia, 6 mois, entrée le 30 mai 1910, réduction de la hernie sous chloroforme. Sortie le 31 mai 1910.

G... Manuel, 3 ans, entré le 18 novembre 1910 pour hernie étranglée qui est réduite sous chloroforme. Sorti le 15 guéri.

D... Roger, 1 mois, entré le 4 janvier 1911 et opéré d'urgence. Sorti en très bonne voie de guérison le 15 janvier.

D... Raymond, 2 ans 1 2, entré le 22 mars, hernie réduite après le bain, l'enfant sort le 7 avril.

J... Robert, 15 mois, opéré d'urgence le 10 avril 1911 ; sorti le 26. Guérison.

M... Maurice, 3 mois, opéré d'urgence le 12 mai 1911 ; sorti le 20. Guérison.

P... François, 3 mois, entré et opéré le 10 juillet 1911, sort le 23. Hernie inguinale droite contenant le cœcum et l'appendice.

B... Joseph, 5 ans, entré le 28 août 1911, pas opéré, la hernie s'étant réduite sous chloroforme.

M... Robert, 10 mois, opéré d'urgence le 4 septembre 1911. Sorti le 12.

G... Eugène, 13 mois, opéré d'urgence le 15 septembre 1911 et sort guéri le 28.

A... Jean, 5 mois, entré et opéré le 25 septembre, sorti le 5 octobre.

F... Max, 18 mois, entre le 1er décembre 1911. La hernie se réduit sous chloroforme, sorti le 17 décembre, sans être opéré.

J... Adrien, 5 mois, entre le 22 mars 1918, réduction de la hernie sous chloroforme, sort le 24 mars sans opération.

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance du docteur Grosse, de Nantes)

Hernie inguinale étranglée chez un nourrisson âgé de 24 jours.

Enfant du sexe masculin, né à terme, le 9 septembre 1911, pesant 3 k. 750 à la naissance. Enfant élevé au sein par une nourrice. Bien portant jusqu'ici.

Dans la nuit du 1er au 2 novembre, au matin, l'enfant se met brusquement à crier après avoir tété, puis peu à peu commence à vomir.

A la toilette de l'enfant, la mère et la nourrice, remarquent l'existence d'une tuméfaction, qui n'existait pas la veille au soir.

Le 2 novembre à 9 h. 1 2 du matin, nous voyons l'enfant. Il présente un aspect déprimé ; le teint est jaune avec cyanose des lèvres et des extrémités, tendance au refroidissement ; néanmoins la température rectale est de 36°6.

Le corps est de temps en temps agité de tremblements ; L'enfant vomit abondamment un liquide jaune et rejette immédiatement tout ce qu'il prend (lait de la nourrice, eau d'Evian .

Le pouls est rapide, faible.

En somme, l'enfant donne l'impression d'un sujet profondément intoxiqué.

L'auscultation pulmonaire est négative.

A droite nous constatons, l'existence d'une hernie inguinale, descendant jusqu'au fond des bourses, non réductible. Il n'y a pas d'impulsion au moment des cris.

La tumeur est mate à la percussion, ne paraît pas douloureuse au palper, ni à la pression au niveau du collet ; le testicule de ce côté n'est pas trouvé dans le scrotum ; le testicule gauche est seul dans les bourses.

Au moment de notre arrivée, l'enfant vient d'avoir une abondante selle de matières jaunâtres, mal liées, avec des grumeaux blanchâtres ; selle des matières mal digérées, mais très copieuse.

De quoi est atteint ce nourrisson ?

D'une hernie étranglée, ou de phénomènes de gastro-entérite, chez un enfant porteur d'une hernie ?

Nous penchons pour la première hypothèse ; mais cependant les phénomènes généraux, de cyanose des extrémités et surtout l'évacuation abondante qui vient de se produire nous fait hésiter. Dans le doute, nous décidons avant de nous prononcer, de revenir examiner l'enfant dans l'après midi après notre consultation. D'ici là, nous prescrivons le traitement suivant : Un bain chaud, tenir ensuite chaudement l'enfant dans son berceau, diète absolue jusqu'à midi, donner ensuite de l'eau par cuillerées à café.

A 2 heures 31) nous renvoyons l'enfant avec notre excellent le docteur Guillou, ami de la famille. Les vomissements ont persisté ; il n'y a pas eu de selles, ni d'émission de gaz par l'anus depuis la selle du matin. La hernie inguinale droite persiste avec ses caractères d'irréductibilité ; elle est plus tendue que le matin, le palper au niveau du collet provoque les cris de l'enfant.

Le diagnostic de hernie étranglée s'impose. L'enfant est transporté immédiatement à la clinique Jeanne d'Arc, où à 4 h. et demie il est opéré avec notre assistance, par notre ami le docteur E. Jorion. Le docteur Guillou a bien voulu se charger du chloroforme.

Le sac, excessivement mince, pelure d'oignon, est difficile à étaler, à son ouverture il s'écoule une petite quantité de liquide ; on trouve à l'intérieur du sac une anse d'intestin grêle étranglée et violacée.

L'étranglement est très serré. L'intestin et le testicule droit, sont au contact dans le canal vagino-péritonéal persistant ; une

bride celluleuse cloisonne le canal vagino-péritonéal, mais elle se trouve aû-dessous du point ou siège l'étranglement, et n'a joué aucun rôle dans la genèse des accidents.

Débridement de l'étranglement, réduction de l'intestin. Réfection du canal inguinal à l'aide de points séparés au catgut.

Suture de la peau au crin de florence.

Un petit drain est laissé sous la peau. A la fin de l'opération on fait à l'enfant une injection de sérum artificiel.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération l'état de l'enfant est assez satisfaisant. Un seul vomissement dans la nuit mais le matin selle liquide et verte. La plaie opératoire est rouge, enflammée. On fait sauter un crin de florence ; pansement humide.

On donne à boire à l'enfant toute les deux heures, en donnant alternativement, le sein et de l'eau d'Evian.

Température du 3 novembre : matin, 38° 5, soir, 38° 6. Les jours suivents continuation de l'amélioration. La température tombe à 37° 9 le matin du deuxième jour après l'opération ; à 37° 6 le soir.

Elle descend à 37° le matin du troisième jour ; et sauf une ascension passagère à 38° 5, le 6 novembre, et qui semble en rapport avec de nouveaux troubles digestifs, elle se maintient désormais à la normale.

Au point de vue local, il y eut de la suppuration superficielle de la plaie pendant une dizaine de jours, mais le résultat final fut très bon, et l'enfant possède actuellement une cicatrice solide.

OBSERVATION II (Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Pasquerau de Nantes

Hernie inguinale gauche étranglée chez un enfant de 9 mois.

Enfant de 9 mois, de sexe masculin, venu dans de mauvaises conditions, avant terme. Mère primipare âgée de 35 ans.

Vers deux mois l'enfant est soigné par le docteur Brêlet pour une entérite grave. La convalescence fut très longue, l'enfant reste maigre.

A la naissance on avait constaté la présence d'une hernie inguinale gauche, très facilement réductible et restant quelquefois quinze jours sans sortir.

L'enfant ne portait pas de bandage.

Le 29 février 1912, vers 6 heures du matin, l'enfant est pris de vomissements, et on s'aperçoit que la hernie est devenue irréductible.

Le docteur Brêlet voit l'enfant vers 11 heures, et en présence du mauvais état général et de l'irréductibilité de la hernie, le fait conduire d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée à l'hôpital, notre ami Page, interne de garde, constate l'existence d'une tumeur inguinale ; l'enfant a plusieurs vomissements fécaloïdes, le ventre est ballonné, facies grippé ; le pouls fréquent et faible.

La température est de 39°.

Le docteur Pasquerau, prévenu d'urgence, arrive aussitôt. A ce moment il constate :

La moitié gauche du scrotum est occupé par une tuméfaction allongée, du volume d'un œuf de poule. Lisse, rénittente ; son pôle supérieur remonte dans l'anneau inguinal.

Le testicule gauche est sous-jacent à la tumeur dans la partie inférieure du scrotum.

A droite on trouve le testicule dans les bourses. A la percussion, la tumeur est franchement sonore sur toute sa hauteur.

Opération. — Le champ opératoire est badigeonné à la teinture d'iode suivi d'un lavage à l'alcool.

Incision de 0,05 cent. environ dans une direction parallèle à l'anneau inguinal.

Recherche et incision prudente du sac, qui est très mince.

A noter que, l'enfant étant anesthésié avec quelques gouttes de chloroforme, au moment de l'incision de la peau, on entend des gargouillements, indice d'un commencement de rentrée de l'intestin.

Le sac contient le cœcum et l'appendice avec son méso. L'appendice est long de 0,07 cent. au moins.

Le testicule est à la partie déclive du sac, il n'y a pas de vaginale.

Débridement du collet du sac au niveau de l'anneau interne.

Il n'y a pas de lésions de l'intestin au niveau des zones de stricture : réduction du cœcum et de l'appendice ; réduction pénible, ces deux organes ayant toujours tendance à ressortir. Section circulaire du sac vers sa partie moyenne, puis dissection par en haut, d'avec les éléments du cordon. Ligature du sac le plus haut possible. Un point de catgut prend en bloc en dehors, la lèvre externe de l'aponévrose, l'arcade de Fallope ; et en dedans le tendon conjoint et la lèvre interne de l'aponévrose. Le cordon est laissé derrière ce plan.

La moitié inférieure du sac n'est pas suturée en vue de constituer une vaginale fermée. L'appendice n'a pas été enlevé, parce qu'il était sain et de plus l'opération devant être conduite rapidement, l'état de l'enfant n'étant pas brillant.

4 à 5 points au crin de florence sur la peau, pas de drainage.

Le soir de l'opération la température reste à 39°. Le lende-

main elle monte à 40° où elle se maintient pendant 3 jours, puis retombe progressivement jusqu'à 38° 7.

Avec le docteur Pasquerau, nous avons vu l'enfant tous les jours. Sur son ordre nous avons enlevé les points de suture le 5 mars. De la partie inférieure de la plaie s'écoule un peu de sérosité, dans laquelle l'examen bactériologique montre la présence de coli et d'entérocoque.

Le ventre est souple, l'enfant a plusieurs selles diarrhéiques, constituées de matières mal digérées. A l'auscultation nous trouvons des râles de congestion dans les deux poumons, mais pas de souffle. Le docteur Pasquereau prescrit des enveloppements humides, des piqûres d'électrargol, et d'huile camphrée. Malgré tout la température demeure élevée et après une dernière ascension à 40°, l'enfant meurt dans le courant du 9e jour.

A l'autopsie que nous avons faite sous la direction du docteur Aubry, nous trouvons :

Congestion générale et interne de tout le lobe inférieur du poumon droit.

A la surface du poumon on remarque de gros noyaux noirâtres, et les fragments du tissu pulmonaire pris dans ces endroits, tombe au fond de l'eau.

Dans le poumon gauche nous trouvons également des foyers de broncho-pneumonie.

Le foie est congestionné, d'aspect bigarré et présente à sa surface des nodules infectieux.

La rate, petite, dure. Reins volumineux. A l'ouverture de la boîte cranienne, il s'écoule une grande quantité de liquide, mais nous ne trouvons pas de granulations au niveau de la base, ni à la convexité du cerveau.

Cœcum et appendice, ne présentent aucune lésion. Nous ne trouvons pas de diverticule de meckel.

OBSERVATION III (Inédite)

Due à l'obligence des Docteurs Jouan et Bonamy

Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 25 jours

Enfant de sexe masculin, né à terme et n'ayant pas présenté de hernie apparente au moment de la naissance, ni dans les jours qui ont suivis.

L'enfant a toujours été bien portant et vigoureux, élevé à l'allaitement mixte.

Brusquement, dans la matinée, l'enfant se met à crier, puis est pris de vomissements. Les parents croient à une indigestion, et ne s'en préoccupent pas outre mesure.

Cependant dans la soirée, les vomissements ne cessent pas, et d'alimentaires qu'ils étaient au début deviennent bilieux, puis de couleur verdâtre.

Le docteur Bonamy appelé, voit l'enfant vers 8 heures du soir, et constate : Mauvais état général, le teint est légèrement plombé, les yeux excavés et le faciès grippé dénote une intoxication rapide.

En présence du docteur Bonamy l'enfant a de nouveaux vomissements verdâtres et fécaloïdes. Les parents racontent que depuis le matin, l'enfant n'a pas eu de selles ni d'émission de gaz.

Dans la région inguinale droite, on constate la présence d'une tumeur, dure, très douloureuse à la palpation, ne présentant ni expansion, ni impulsion au moment des efforts de l'enfant. Tumeur nettement irréductible.

Le docteur Bonamy fait le diagnostic de hernie inguinale étranglée, et fait admettre d'urgence l'enfant à l'Hôtel-Dieu.

L'enfant entre à la salle A, et le docteur Jouon, prévenu arrive aussitôt et pratique la kélotomie.

Aucun incident opératoire. L'enfant a très bien guéri.

OBSERVATION IV (Inédite)

Due aux Docteurs Rivet et Villars

Enfant V..., né à terme, âgé d'environ 3 mois, et atteint de phénomènes de gastro-entérite, dus sans doute à une mauvaise alimentation. Pas de hernie à la naissance.

Dans la matinée du 8 mars 1904, à la suite d'une chute, l'enfant ne cessant de crier, la mère constate la présence d'une tumeur n'existant pas auparavant, au niveau de la région inguinale droite.

A 3 heures, l'enfant est amené à la consultation du Dr Villars, qui constate cette tumeur, ayant les dimensions d'un œuf de poule, douloureuse au palper, dure irréductible, et ne présentant pas d'impulsion au moment des cris.

L'enfant est conduit à la clinique du Docteur Rivet, et est opéré vers 5 heures le soir. On donne un peu de chloroforme.

L'enfant rentre chez lui et à part un peu de suppuration superficielle au niveau de la plaie il n'y a pas d'incidents.

Actuellement l'enfant se porte bien et il n'a pas eu de récidive de sa hernie.

OBSERVATION V (Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Gourdet

Enfant B..., âgé de six semaines, ayant eu 3 semaines après sa naissance une grosse hernie inguinale maintenue par un bandage.

L'enfant est amené à la clinique de la rue du Lycée, pour un étranglement herniaire datant de la veille.

Le taxis ayant été essayé sans résultat, le docteur Gourdet, opère l'enfant le 25 août, avec l'aide des docteurs Bahuaud et Le Gry.

Hernie du cœcum, et de l'appendice qui est enlevé.

Pas de drainage. Crins a points séparés. Pas de suppuration.

L'enfant a été vu tous les jours par le Docteur Gourdet qui enlève les crins le 1er septembre et l'enfant rentre chez lui complètement guéri.

OBSERVATION VI (inédite)

Due à l'obligeance du docteur Léon Sourdille

Le nourrisson X..., âgé de quatre mois, est amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 14 septembre 1903. Appelé à examiner l'enfant, en qualité d'interne de garde, je n'ai aucune peine à établir le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée. En effet, à l'examen de la région inguinale scrotale, on trouve une tumeur, dure un peu noirâtre, très congestionnée, distendant les bourses jusqu'à l'anneau inguinal, et du volume approximatif d'une banane.

On ne sent pas le testicule, et la tumeur présente les caractères les plus nets de la hernie congénitale. L'étranglement paraît assez serré il est impossible de communiquer à son niveau avec la cavité abdominale. L'enfant pleure sans cesse et ses cris répétés maintiennent la hernie très tendue. Pas d'expansion dans le sac, et aucune réduction de la hernie n'est tentée. L'étranglement remonte à douze heures environ, et paraît dû aux cris répétés du nourrisson depuis plusieurs jours pour des malaises mal déterminés. Du reste la hernie congénitale avait été reconnue antérieurement. Je décide d'intervenir immédiatement. Le petit malade est transporté dans mon service à l'amphithéâtre Chomel et est chloroformisé. Aidé d'un collègue, je commence une cure radicale. Incision des téguments et isolement du sac à la façon d'une tumeur. Le sac ouvert, est celui d'une hernie congénitale et le testicule est proémine. Le contenu est d'abord un peu de liquide rouge foncé qui s'écoule dès l'ouverture, un petit paquet épiploïque, noirâtre, et une anse grêle de 8 centimètres environ de longueur, également très noire.

L'étranglement est produit par le pourtour de l'anneau inguinal, qui est incisé, au-dessous l'entrée du sac paraît également retrécie, mais il est impossible de dire si l'on a affaire à un diaphragme du canal péritonéo-vaginal. L'intestin, du reste, n'y est pas trop serré, puisque la circulation paraît se rétablir très vite après le débridement de l'anneau.

A ce moment, l'enfant est tombé en syncope chloroformique, et la respiration artificielle doit durer près de cinq minutes avant que toute inquiétude soit passée. Pendant ce temps, l'épiploon est rentré dans le ventre, mais il est sorti plus de 60 centimètres d'intestin grêle. Je me hâte de le réintégrer et de terminer en refaisant la paroi abdominale par des points précipités. Le chloroforme a duré 30 minutes environ, incident compris. Le malade est reporté dans son berceau, où il est énergiquement réchauffé ; ayant déjà reçu un centimètre cube d'éther.

sous la peau avant son départ de la salle d'opération, contrairement à mes craintes, mon petit opéré a guéri en trois semaines, après un peu de suppuration due soit à l'incident opératoire, soit au contact des matières fécales ou de l'urine, malgré un premier pansement collodionné.

OBSERVATION VII

Du *Journal de la Société de médecine de Nantes*
Séance du 10 mars 1837.

Hernie Inguinale gauche contenant le cœcum et l'appendice

Il s'agit d'un enfant de 3 mois atteint d'une hernie inguinale du côté gauche. L'intestin descend dans le scrotum.

Le 23 février, la mère s'aperçut que la hernie n'était pas réduite. Plus tard toute réduction étant devenu impossible, et le petit malade se trouvant dans un état désespéré, l'opération, de concert avec Monsieur Morisson, fut jugée indispensable,

L'incision du sac ayant été faite, le cœcum parfaitement reconnaissable à son appendice fut trouvé dans la poche herniaire située à gauche.

On crut d'abord à la présence d'un ver, mais on s'assura d'une manière positive que c'était le prolongement vermiforme du cœcum. L'enfant est au 12e jour de l'opération et sa guérison est prochaine.

OBSERVATION VIII

(*Archives Géuérales de Médecine*, Mars 1911)

Hernie étranglée chez un enfant de 16 mois. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Rôle des ganglions dans la production de l'étranglement

Garçon de 16 mois, apporté à l'hôpital de Nancy le 7 avril 1897.

Sevré à 12 mois, il est suralimenté et ne tarde pas à dépérir. Diarrhée, gros ventre. On avait remarqué à la naissance une hernie inguinale gauche. Bandage maintenant mal la hernie.

Le 2 avril, la hernie est plus grosse, plus tendue, irréductible. A partir du 5 avril, plus de selles, agitation, cris, refus de biberon, vomissements. Visage très maigre, peau ridée, ventre énorme et tendu. Hernie inguinale gauche descendant jusqu'au scrotum. Cette tumeur est tendue, rouge, douloureuse à la pression, mate.

Kélotomie après chloroforme : On tombe sur une anse congestionnée, dilatée ; le sac contient un peu de liquide ; un coin du mésentère est hernié avec l'intestin, il contient cinq ganglions hypertrophiés. Un de ces ganglions gros comme une noisette est engagé en partie dans l'orifice externe de l'anneau inguinal.

On débride, on attire l'anse qui a 0 m. 15 cent. de long, et on la réduit.

Le sac est isolé du cordon lié et réséqué. Guérison.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 7 semaines. Du rôle joué dans la pathogénie de l'étranglement par le diverticule de Meckel contenu dans la hernie. (M. Auvray).

Hernie inguinale droite, étranglée depuis 24 heures chez un garçon de 7 semaines qui ne portait aucune malformation apparente.

Plusieurs tentatives de taxis ayant été pratiquées sans résultat, M. Auvray se décide à faire séance tenante la kélotomie.

Incision des plans superficiels. Après ouverture du sac, il constate qu'il s'agissait d'une hernie vagino-péritonéale complète. L'anse étranglée qui mesurait 8 à 10 centimètres descendait au contact du testicule.

L'état de l'intestin, malgré la durée de la coarctation était assez satisfaisant ; ses parois épaissies étaient d'un rouge violacé. Nulle part il n'y avait de menaces de spectacle. Mais ajoute M. Auvray « Je fus bientôt frappé par la présence au dessous du collet du sac, d'un diverticule court, trapu implanté sur l'intestin, et dont la paroi épaissie présentait la même coloration que l'intestin étranglé. Ce diverticule qui n'était autre que le diverticule de Meckel persistant s'enfonçait à la façon d'un coin entre les bouts afférents et efférents de l'intestin d'une part et la paroi correspondante du sac d'autre part ».

La filiation des accidents chez notre opéré, dit M. Auvray, semble avoir été la suivante : le diverticule de Meckel engagé le premier dans le conduit vagino-péritonéal préformé, a attiré derrière lui l'anse grêle sur laquelle il était implanté, puis l'intestin se déplaçant dans l'intérieur du sac, le diverticule a subi un mouvement d'ascension vers le collet. Il a trouvé un passage

trop étroit pour le franchir en même temps que l'intestin. Il est venu s'interposer entre l'intestin et la paroi du sac à la façon d'un coin ; et il me semble avoir joué le rôle important dans la pathogénie de l'étranglement.

OBSERVATION X

MAYET et ROURGANEL. (*Archives de Méd. des Enfants, 1906*).

Hernie inguinale étranglée contenant un diverticule de Meckel chez un prématuré de six semaines

Il s'agit d'un enfant né depuis six semaines, mais trois semaines avant l'époque supposée des neuvièmes règles : c'est donc un prématuré. L'enfant est amené pour une hernie scrotale qui étranglée déjà une première fois, et réduite alors par un long taxis, venait de s'étrangler à nouveau.

Depuis 6 heures, des vomissements étaient survenus, et le faciès s'était grippé. L'opération est faite, le lendemain matin. On trouve une anse rouge, violacée, qu'on réduit facilement : mais à côté et en arrière d'elle on découvre un canal à parois épaisses, libre à son extrémité inférieure, implanté à son autre extrémité sur l'intestin grêle. C'est le diverticule de Meckel qui est reséqué.

La guérison est rapide.

OBSERVATION XI

WILLIAM THROMPSON. — In *The British Méd. Journal*, 8 février 1908

Hernie inguinale étranglée avec anse grêle presque noire

Enfant de 29 jours, reçu pour hernie inguinale droite. A 27

ours l'enfantétait très bien. A23 jours il [illegible] r la nuit, et les vomissements persistent jusqu'au matin. Alors la mère remarque une grosseur du côté droit du scrotum.

Le petit malade est transporté à l'hôpital.

L'opération est faite d'urgence par M. Thompson a l'ouverture du sac, s'écoule un peu de sérosité, striée de sang, et on aperçoit une anse grêle presque noire, étranglée au collet. Le débridement est pratiqué et la réduction est faite.

La guérison survient rapidement.

OBSERVATION XII

(In *Revue de Gynécologie et chir abdom.* 1899

Hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une fillette de 18 mois. In Berl. Klin. Woch. 1898.

Il s'agit d'une fillette âgée de 10 mois, et offrant depuis 48 heures tous les signes de l'étranglement herniaire : vomissement, arrêt des selles, abattement extrême, enfin, présence dans la région inguinale droite, d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très douloureuse à la palpation. La mère affirmait avoir remarqué l'existence de cette tumeur dès les premiers jours de la naissance.

M. Maas prescrivit d'abord des lavements répétés qui provoquèrent rapidement, en abondance, des fèces d'aspect normal et de formation récente.

Cependant l'état général restant mauvais et les vomissements persistant toujours, on écarta la possibilité d'une stricture intestinale pour admettre celle d'une incarcération de l'ovaire.

L'intervention chirurgicale s'imposait donc. Après incision de la peau et du tissu sous-cutané, on tomba sur un sac très

mince renfermant un peu d'eau et une masse fortement congestionnée constituée par l'ovaire, la trompe et une partie du ligament large droit.

Ce paquet se prolongeait du côté de l'abdomen par un pédidule étroit et plusieurs fois tordu sur lui-même. La vitalité de ces organes parut à l'auteur tellement compromise, qu'il n'hésita pas à en pratiquer l'ablation. Cette fillette a guéri sans incidents.

M. Maass, s'appuyant sur la présence simultanée, dans le sac, de l'ovaire, de la trompe et des deux ailerons du ligament large, se croit en droit d'affirmer qu'il s'agissait là d'une hernie congénitale. (Barozzi).

CONCLUSIONS

L'étranglement herniaire, rare dans la seconde enfance, est beaucoup plus fréquent chez le nourisson, particulièrement dans les premiers mois de la vie.

Il s'agit presque toujours d'une hernie inguinale.

L'étranglement se produit sur une hernie existant antérieurement ; assez souvent, l'étranglement s'établit d'emblée en même temps que la hernie.

Le sac est toujours très mince dans les hernies inguinales des nourrissons.

Les phénomènes d'intoxication et d'infection tervienent très rapidement.

L'existence des phénomènes précédents, la coïncidence de troubles digestifs importants, rendent parfois difficile le diagnostic de la hernie étranglée chez le nourrisson.

Le pronostic est bénin, si on considère la totalité de de nos observations ; la plupart des cas se réduisant spontanément à la suite d'un bain ou sous le chloroforme.

Il est grave pour les cas abandonnés à eux-mêmes ; le mauvais état général de l'enfant, les complications toxiques et infectieuses venant assombrir le pronostic.

Le traitement de choix, sera le traitement chirurgical, avec cure radicale de la hernie opérée le plusrapidement possible, une fois posé le diagnostic de hernie étranglée.

Vu : Le Président de Thèse,

KIRMISSON.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. — Bull. Soc. Chirurgie, 1er mars et 27 nov. 1905.

Berger. — Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire (Art. in. Archives générales de Médecine, août-oct. 1876. In traité de chirurgie Duplay et Reclus.

Beaumgartner. — Hernie par glissement du gros intestin, Paris 1904.

Blanc. — Hernie du diverticula de Meckel, th. de Paris 1899.

Bourrut-Lacouture. — Canal vagino péritonéal, th. de Bordeaux 1905.

Broca. — Chirurgie infantile (Cliniques tome II).
Presse médicale 1908, page 303.

Bunts. — Ann. of. Surgery, 1904. XL.

Calberac. — Thèse de Montpellier 1906.

Carmichael. — Bristish médical journal.

Chevalet. — Étranglement interne par le diverticule de Meckel, Nancy 1894.

Estor. — Montpellier médical 1903.

— Revue de Chirurgie 1902.

Félizet. — Hernies inguinales de l'enfance, Paris 1894.

Féré. — Notes sur l'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle. Art. in Revue de chirurgie 1881.

Forgue et V. Riche. — Le diverticule de Meckel, Paris 1907. Doin éd.

Hayes. — Thèse de Paris 1908.

Heurtaud. — Thèse de Bordeaux.

Holmes. — Maladies chirurgicales de l'enfance, trad. Larcher 1870.

Jaboulay. — In traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

Karewski. — Deustsche mediz Woch 1892.

Kirmisson. — Précis de chirurgie Infantile.

— Traité des maladies congénitales.

— Art. in. médecine moderne, février 1908.

Lambert. — La hernie inguinale commune chez l'enfant en bas âge. In Pédiat. prat. Lille 1903.

Launois. — Étranglement herniaire chez les enfants. Art. in. Revue de chirurgie, 1883.

Le Dentu. — Clinique chirurgicale 1890-91, p. 269.

Le Dentu et Delbest. Traité de chirurgie, tome VII.

Legueu. — Bull. Soc Anat. 1890-1991.

Marfan, Grancher, Comby. — Traité des maladies des enfants.

Mayet et Bourganel. — Archives de Méd. des Enfants. Sept. 1908.

Meyer. — Thèse de Gœttingue 1897 (Uber Bruchein Klemming in Kindesaller).

Michel. — Archives Générales de Médecine, mars 1911.

Ozenne. — Soc. chir de Paris, 17 juin 1910.

Panas. — Gazette des Hôpitaux, 1868.

Petitjean. — Thèse de Paris, 1899.

Petitjean. — Thèse de Paris, 1910.

Phocas. — Bull. Médical du Nord, 1890, page 88.

Ramonède. — Thèse de Paris, 1883.

Rieffel. — Bull. Soc. de chirurgie, 29 nov. 1905.

Talandier. — Thèse de Paris 1897. Hernie inguinale épiploïque chez l'enfant.

Tariel. — Hernie étranglée chez les enfants. Th. Paris 1894.

Theas. — Hernie inguino interstitielle chez l'enfant. Thèse Paris 1906.

Tuffier. — Revue chir. abdom. et de Gynécologie 1899.

Vassal. — Thèse de Paris 1895.

Vergely. — Bordeaux médical 1875. In. Gazette hebd. des sciences médicales, 9 octobre 1910.

William-Thompson. — In the Bristish med. Journal, 8 février 1908.

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-ENRY
26, rue Monsieur-le-Prince. — Paris.

162

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE